

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Late Childhood (8 years)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Fluoride Screen

Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999--00.(21)5.

Bed-wetting

Most children who wet the bed overcome the problem between 6-10 years of age. Even without treatment all children eventually get over it. It is important for primary care practitioners to discuss with parents any concerns about their child's incontinence and potential treatment options during the annual exam. Use clinical judgment with treatment.

Hepatitis B Vaccine

- For children and adolescents not vaccinated against hepatitis B in infancy, begin the hepatitis B vaccine series during any childhood visit. Give the second dose at least one month after the first dose and give the third dose at least four months after the first dose and at least two months after the second dose. Hepatitis B vaccine is required for school entry.

Developmental Milestones

Always ask about and follow-up on parent concerns about development or behavior.

- | Yes | No | |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | States phone number, home address. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Has close friend(s). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reading and math at grade level. |

Instructions For Developmental Milestones

If you have checked "no" on any two items, refer the child for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention.



EXAMEN "WELL CHILD" (NIÑOS SANOS) - NIÑEZ AVANZADA: 8 AÑOS

WELL CHILD EXAM - LATE CHILDHOOD: 8 YEARS

(Cumple con los lineamientos EPSDT)

FECHA

NIÑEZ AVANZADA: 8 AÑOS																																																																					
A SER COMPLETADO POR EL PADRE/LA MADRE Y EL NIÑO(A) SOBRE EL NIÑO(A)	NOMBRE DEL NIÑO(A)		TRAÍDO POR																																																																		
	ALERGIAS		MEDICAMENTOS ACTUALES																																																																		
	ENFERMEDADES/ACCIDENTES/PROBLEMAS/PREOCUPACIONES DESDE LA ÚLTIMA VISITA		HOY TENGO UNA PREGUNTA SOBRE:																																																																		
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Mi niño(a) desayuna todos los días.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A mi niño(a) le va bien en la escuela.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Mi niño(a) se ve descansado cuando despierta.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Mi niño(a) controla apropiadamente el estrés, el enojo, la frustración.																																																																	
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Mi niño(a) tiene uno o más amigos cercanos.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Mi niño(a) tiene actividad física todos los días.																																																																				
PESO KG./OZ. PORCENTAJE	ALTURA CM/IN. PORCENTAJE	PRESIÓN SANGUÍNEA																																																																			
<input type="checkbox"/> Revisión de los sistemas <input type="checkbox"/> Revisión del historial familiar		Alimentación _____ Sueño _____																																																																			
<input type="checkbox"/> Revisión del historial de inmunizaciones <input type="checkbox"/> TB (Tuberculosis) <input type="checkbox"/> Derivación odontológica <input type="checkbox"/> Hct/Hgb		Educación de la salud: (Marcar todo lo discutido/los materiales provistos)																																																																			
Exploración:		<input type="checkbox"/> Nutrición <input type="checkbox"/> Cuidado de niños <input type="checkbox"/> Desarrollo <input type="checkbox"/> Actividad física regular <input type="checkbox"/> Cinturón de seguridad <input type="checkbox"/> Lectura/Tareas escolares <input type="checkbox"/> Fumador pasivo <input type="checkbox"/> Reglas para ir a dormir <input type="checkbox"/> Cascos <input type="checkbox"/> Cuidado dental <input type="checkbox"/> Pubertad <input type="checkbox"/> Otro: _____																																																																			
Audición		Evaluación/Plan: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____																																																																			
<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 10%;">MHZ</td> <td style="width: 10%;">R</td> <td style="width: 10%;">L</td> </tr> <tr> <td>4000</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>2000</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>1000</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>500</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>			MHZ	R	L	4000	_____	_____	_____	2000	_____	_____	_____	1000	_____	_____	_____	500	_____	_____	_____	INMUNIZACIONES ADMINISTRADAS																																															
	MHZ	R	L																																																																		
4000	_____	_____	_____																																																																		
2000	_____	_____	_____																																																																		
1000	_____	_____	_____																																																																		
500	_____	_____	_____																																																																		
Vista		DERIVACIONES																																																																			
<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 10%;">R</td> <td style="width: 10%;">20/</td> <td style="width: 10%;">L</td> <td style="width: 10%;">20/</td> </tr> <tr> <td>N</td> <td>A</td> <td></td> <td>N</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			R	20/	L	20/	N	A		N	A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SALUD												
	R	20/	L	20/																																																																	
N	A		N	A																																																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																	
Desarrollo		DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR DE SALUD																																																																			
Comportamiento																																																																					
Social/Emocional																																																																					
Salud mental																																																																					
Físico:																																																																					
<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 10%;">N</td> <td style="width: 10%;">A</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;">N</td> <td style="width: 10%;">A</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>Pulmones</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>Pecho</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>Pulsaciones/</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>Cardiovasculares</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>Abdomen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>Genitales</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>Columna</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>Extremidades</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>Sistema Neurológico</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>Manera de caminar</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			N	A		N	A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pulsaciones/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Cardiovasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Columna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Extremidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sistema Neurológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Manera de caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	N	A		N	A																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pulsaciones/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Cardiovasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Columna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Extremidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sistema Neurológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Manera de caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																
Describe anomalías encontradas y comentarios:																																																																					
_____ _____ _____																																																																					
PRÓXIMA VISITA: 10 AÑOS DE EDAD																																																																					
FIRMA DEL PROVEEDOR DE CUIDADO A LA SALUD																																																																					

NIÑEZ AVANZADA: 8 AÑOS

La salud de su niño(a) a los 8 años

Indicadores de logros

Formas de desarrollo de su niño(a) entre los 8 y 10 años de edad.

Continúan creciendo los dientes permanentes y van perdiendo sus dientes de leche.

Los senos de algunas niñas comenzarán a crecer entre los 8 y 10 años de edad. Hable con su niña sobre los cambios en su cuerpo en tanto estos comienzan a suceder.

Los niños de 8 años pueden tender sus propias camas, poner la mesa, y bañarse por sí solos.

Puede ayudar a su niño(a) a aprender nuevas cosas hablando y jugando juntos. Haga un juego de la práctica, haciéndole usar gestos de mano o para que diga "No" cuando un extraño le ofrezca un paseo en automóvil.

Para ayuda o más información

Sobre el desarrollo y la salud del niño(a): Línea Healthy Mothers, Healthy Babies de Información y Derivación: 1-800-322-2588.

Seguridad en el asiento del automóvil: Coalición para Restricción de Seguridad, al 1-800-BUCK-L-UP (voz) o al 1-800-833-6388 (TTY Servicio de Retransmisión)

Seguridad con las armas de fuego: Línea Gratuita sobre el Almacenamiento Seguro, al 1-800-LOK-IT-UP (565-4887)

Habilidades o apoyo para la crianza: Línea de ayuda familiar, 1-800-932-HOPE (4673) Recursos para familias del noroeste, 1-888-746-9568 Clases en el Colegio Comunitario local

Consejos de Salud

Hable con su doctor con respecto a un examen de audición y un examen de la vista, si la escuela de su niño(a) no ofrece uno.

Su niño(a) debería cepillarse diariamente con pasta dental con fluoruro. Asegúrese de que sea visto por un dentista cada 6 meses. Pregúntele al dentista sobre cuándo debería usted enseñar a su niño(a) a usar hilo dental (o pasarse el hilo dental entre sus dientes).

Tenga bocadillos disponibles para niños activos. Su niño(a) necesita frutas, verduras, jugos, y cereales completos para el crecimiento y energía. Las gaseosas, los caramelos y las chips deberían de ser golosina de una vez por semana.

Consejos sobre Paternidad/Maternidad responsable

La mayoría de los niños aprenden mirando cómo se hace, y luego haciéndolo. Muéstrelle y dígame cómo hacer la tarea. Luego, haga que su niño(a) la realice mientras usted observa. Dígame primero lo que su niño(a) hizo bien, y luego dígame lo que tiene que hacer de manera distinta.

A menudo, a esta edad, muchos niños no pueden prestar atención por más de 15 minutos. Los quehaceres y las lecciones necesitan ser cortas. Necesitará que se le recuerde muchas veces cómo hacer la tarea y darle muchos elogios.

Una buena etapa para comenzar un pasatiempo es a los ocho años de edad. Ayude a su niño(a) a buscar una actividad en la que se pueda desenvolver bien. La lectura puede ser una de las maneras en buscar un pasatiempo.

Consejos de seguridad

Practique con su niño(a) a caminar y andar en bicicleta con seguridad. Hágale que le enseñe a usted cómo mirar si vienen autos y cruzar usando el semáforo.

Aún los niños que pueden nadar no están seguros en el agua cuando están solos. No deje que su niño(a) juegue cerca de corrientes, ríos, lagos, canales de irrigación o zanjas, a menos que un adulto supervise.

Su niño(a) debería aprender las señales de mano cuando anda en bicicleta. A los nueve años de edad pudiera ser que su niño(a) esté listo para andar en la calle o cruzar la calle por sí solo.

Una regla simple para proteger a su niño(a) de muchos peligros es: "Siempre dile a tus padres o a otro adulto cuando alguien te diga que no cuentes a nadie o que guardes un secreto."